Ueber 46 Fälle

von

traumatischer Neurose

aus der Münchener medizinischen Klinik des Herrn Geheimrat Dr. v. Ziemssen, 1893—96.

(Statistischer Beitrag.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst u. einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität in München

vorgelegt von

Josef Lutz

cand. med. aus Kirchdorf.

München, 1896.

Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Ueber 46 Fälle

von

traumatischer Neurose

aus der Münchener medizinischen Klinik des Herrn Geheimrat Dr. v. Ziemssen, 1893—96.

(Statistischer Beitrag.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst u. einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität in München

vorgelegt von

Josef Lutz

cand. med. aus Kirchdorf.

München, 1896.

Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. v. Ziemssen.

Mit dem Namen „traumatische Neurose“ bezeichnet man einen nervösen Symptomenkomplex ohne bekannte anatomische Grundlage, der immer im Anschluss an ein Trauma entsteht und sich in bestimmten Störungen hauptsächlich seitens der Psyche, Sensibilität und Motilität äussert. Die ältere spinale Theorie, welche lehrte, dass sich im Gefolge einer Kontusion des Rückens oder einer allgemeinen Körpererschütterung chronische Entzündungsprozesse im Rückenmark entwickelten, wurde erst mit Moeli (1879) emanzipiert. Er demonstrierte wenigstens für eine Gruppe der Krankheitserscheinungen den cerebralen Sitz und räumte dem psychischen Faktor auch in ätiologischer Beziehung Gewicht und Bedeutung ein. Eine gänzliche Umgestaltung der Lehre erfolgte durch Wilks, Walton etc. u. Oppenheim (1883). „Indessen von der Annahme der organischen Natur eines Teiles der Krankheitserscheinungen wenigstens in einer grossen Anzahl von Fällen,“ schreibt Oppenheim, (die traumatischen Neurosen 1891) „konnten auch wir uns damals noch nicht lossagen.“

Was Charcots Auffassung betrifft, dem vor allem das Verdienst gebührt, neues Licht über das Wesen dieser Krankheitsformen gebracht zu haben, indem er alle Erscheinungen auf funktionelle Störungen zurückführte, so war seine ursprüngliche die, dass er alle Symptome als Hysterie deutete. (Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems 1886). In seinen Leçons du Mardi 1888—89

kommt er schliesslich zur Ansicht, dass es sich um eine Kombination der Hysterie mit der Neurasthenie handle.

Oppenheim kommt am Schlusse seiner Einleitung zu den traumatischen Neurosen zu folgender Conclusion:

„Selten ist es eine reine Psychose," sagt er, „wie die Melancholie, die Hypochondrie, die einfache Demenz etc., oder eine reine Neurose, wie die Epilepsie, Hysterie, die Neurasthenie etc., welche als Folge der Verletzung in die Erscheinung tritt, meistens sind es Mischformen und von dem gewöhnlichen Typus abweichende Krankheitsbilder. Man darf wohl einschränkend sagen, dass in der Mehrzahl der Fälle eine Kombination von hysterieformen und neurasthenischen Erscheinungen beobachtet wird, dass sich mit diesen nicht selten andere Symptome und Symptomgruppen verbinden, die zwar aus dem Rahmen der Hysterie und Neurasthenie heraustreten, aber ebenfalls auf funktionelle Störungen zurückgeführt werden können. Selbstverständlich — und ist das auch niemals von mir bestritten worden — gibt es Fälle, die man ohne Bedenken als traumatische Hysterie oder traumatische Neurasthenie bezeichnen kann. Für die Mischformen jedoch, sowie für die unklaren und schwierig zu klassifizierenden Fälle, deren Zahl immer noch eine beträchtliche ist, wird es gut sein, den Namen traumatische Neurose beizubehalten."

Eben dieser Ansicht sind auch Löwenfeld, Bruns und Dubois. Löwenfeld (Kritisches und Casuistisches zur Lehre von den sogenannten traumatischen Neurosen 1890. Nro. 38—40 Münch. Wochenschr.) klassifiziert die Fälle in solche:

a) mit rein reurasthenischen Symptomen,

b) Fälle reiner Hysterie oder von Kombination von hysterisch-neurasthenischen Erscheinungen,

c) Fälle, welche neben den vorgenannten noch Symptome darbieten, die weder der Hysterie noch der Neurasthenie angehörig erachtet werden können, wie andauernde reflektorische Pupillenstarre, Optikusatrophie, Blasenstörungen, Intelligenzabnahme, epileptische Anfälle und trophische Störungen, oder die nur Symptome letzterer Art aufweisen.

Den wichtigsten Beitrag zur Frage der traumatischen Neurosen haben wohl die Verhandlungen auf dem Kongress für innere Medizin im April 1893 geliefert, auf dem Strümpell und Wernicke Referat und Korreferat über diese Frage übernommen hatten. (Neuere Arbeiten über die traumatischen Neurosen von Bruns. Schmidt's Jahrbücher Bd. 242, 2. VI). Als Ergebnis der Verhandlungen lässt sich folgendes feststellen: „Nach auch leichten Traumen kommen nicht selten allgemeine funktionelle Neurosen vor. Diese sogenannten traumatischen Neurosen sind nicht Krankheitsbilder ganz besonderer Art, sondern sie lassen sich alle unter die Namen auch sonst bekannter Neurosen subsumieren. Die wichtigsten sind; Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie und ihre Mischungen. Die Symptome aller dieser Krankheitsformen sind psychisch bedingt. Die sogenannten objektiven Symptome sind deshalb bei aller Wichtigkeit nur relativ objektiv."

Es wurde auch der Versuch gemacht, die Erscheinung der traumatischen Neurose auf anatomische Veränderungen zurückzuführen. Der eine von Bernhard im Jahre 1888 publizierte Fall betraf einen Postillon, welcher durch den Huf eines Pferdes vor das Epigastrium geschlagen worden war und darnach den Symptomenkomplex der Neurasthenie und Hysterie darbot. Anhaltende Depression und Schwindelanfälle. Nach 3 Jahren machte Patient seinem Leben durch

Erhängen ein Ende. Die von Kronthal ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab Arteriosclerose und fleckweise Degeneration leichten Grades in allen Gebieten der weissen Substanz des Rückenmarks. (Jahresbericht über die Leistungen in der gesamten Medizin von Virchow. Bericht für das Jahr 1890. Bernhardt, Krankheiten des Nervensystems).

Einen 2. Fall veröffentlichte Sperling und Kronthal. Derselbe betraf einen Bremser, bei dem sich die traumatische Neurose nach einem Eisenbahnunfall entwickelte. Ausser ihren Erscheinungen bestand Vergrösserung des Herzens, Arteriosclerose, Lungenemphysem.

Patient starb an Herzlähmung.

Der anatomische Sektionsbefund ergab: Zerstreute sklerotische Herde geringen Grades in allen Gebieten der weissen Substanz. Entartung der Ganglienzellen in einer kurzen, abnorm configurierten Partie des unteren Brustmarks, eine kleine Blutung im Brustmarke. (Neurol. Central-Bl. VIII, 11, 12. 89.

Dubois bemerkt hiezu: „Diese zwei beachtenswerten Sektionsbefunde genügen wohl aber nicht, um die Frage zu entscheiden. Es ist möglich, dass zwischen den nervösen Erscheinungen und den anatomischen Veränderungen kein causaler Zusammenhang besteht. Andrerseits ist es auch nicht unwahrscheinlich, dass langdauernde Neurosen allmählich zu bleibenden Veränderungen führen können.“ (Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte 1891).

Was die Prognose betrifft, so ist sie quoad vitam gut, quoad sanationem jedoch schlecht. Oppenheim hält eine vollständige Heilung in den schweren Fällen für äusserst selten. Die Kranken sind besonders von der Gefahr bedroht, dass auf dem Boden der traumatischen Neurose sich eine Psychose unter der Form hallucinatorischer Verrückt-

heit entwickelt. Prognostisch ungünstig beurteilt Oppenheim ferner diejenigen Fälle, in denen die Epilepsie oder eine deutliche Dementia zu den Krankheitserscheinungen gehört, sowie diejenigen, in welchen die nervösen Herzbeschwerden und die Arteriosclerose stark ausgeprägt sind. In den von ihm im Jahre 1892 publizierten 42 Fällen wird nur in 3 Fällen von einer wirklichen Besserung berichtet. In der grösseren Zahl ist das Befinden entweder das nämliche geblieben, in einer nicht kleineren hat es sich verschlimmert.

Dass die Prognose wirklich sehr trübe ist, werden wir sehen an 46 Fällen von traumatischer Neurose, welche vom 1. Januar 1893 bis zum 1. Januar 1896 in der hiesigen medizinischen Klinik zur Beobachtung kamen. In diesen 46 Fällen erfolgte:

Heilung: in 1 Falle;
Besserung: in 6 Fällen;
Verschlimmerung: in 1 Falle;
Keine Besserung: in 38 Fällen.

Ich lasse nun mit gütigster Erlaubnis des Herrn Geheimrates Dr. v. Ziemssen, dem ich dafür an dieser Stelle meinen tiefgefühltesten Dank abstatte, die Krankengeschichten folgen.

Ich teile dieselben in drei Gruppen:

A) I. Gruppe mit 25 Fällen:

„Traumatische Neurose sensu strictiori,“ dem Oppenheim'schen Krankheitsbild entsprechend.

B) II. Gruppe: 9 Fälle mit vorwiegend neurasthenischen Symptomen:

„Traumatische Neurasthenie.“

C) III. Gruppe: 12 Fälle mit vorwiegend hysterischen Symptomen:

„Traumatische Hysterie.“

A) 25 Fälle von traumatischer Neurose „sensu strictiori."

I. W. K., 23 Jahre alt, Magd (Aufenthalt vom 7. bis 19. Mai 1893).

Ursache: Patientin fiel auf ein eisernes Gitter, das sich über einem Kanal befand. Das Gitter brach durch und Patientin stürzte in den Kanal.

Symptome: Einige Stunden darauf stechende Schmerzen in der linken Schulter und Seite bis in die Hüfte. Später Erbrechen, Kopfschmerz, zeitweilig Steifheit der Hände und Füsse. Beim Heben von Gegenständen Zittern an Händen und Füssen. Schwindelgefühl.

Verlauf: Nach Behandlung mit Foments trat Besserung ein.

Patientin wurde auf Wunsch arbeitsfähig entlassen.

II. Sch. A., 37 Jahre alt, Magd (Aufenthalt vom 9. bis 23. Mai 1893).

Ursache: Patientin fiel am 12. April mit dem Hinterkopf und Rücken gegen einen Stein.

Symptome: Am Hinterkopf befindet sich eine schwache Auftreibung in der Grösse eines Zehnpfennigstückes, daselbst starker Kopfschmerz vorhanden.

Verlauf: Nach Auflegen von Eisbeutel auf das Hinterhaupt trat Besserung ein.

Patientin wurde auf 8 Tage als arbeitsunfähig entlassen.

III. Z. A., 22 Jahre alt, Magd (Aufenthalt vom 11. bis 30. Sept. 1893).

Ursache: Der Patientin fiel ein Plafond auf die rechte Hand.

Symptome: Nach dem Unfalle trat nach Angabe der Patientin Bewusstlosigkeit ein. Nach dem Erwachen soll die Hand und der Vorderarm immer gezittert haben. Bei schwerer Arbeit, bei Erschütterungen leicht Ermüdung und Zittern der Hand. Objektiver Befund negativ.

Verlauf: Patientin klagt über Schmerzen in beiden Fusssohlen. Behandlung bestand in Faradisation des rechten Vorderarmes, später Campherspiritus.

Am 30. Sept. Auf ärztliche Anordnung arbeitsfähig entlassen.

IV. St. J., 40 Jahre alt, Maurer (Aufenthalt vom 14. Febr. bis zum 9. März 1894.

Ursache: Patient fiel beim Tragen einer Last eine Stiege hinunter 5—6 m tief mit dem Kopfe voran (Neuropathisch belastet). Verwundung und Schwellung des rechten Vorderarms.

Symptome: Nach dem Unfalle sogleich Schwindelgefühl und Brechreiz. Patient klagt über Kopfschmerzen die in die linke Scheitel- und Schläfegegend ausstrahlen; sie werden als klopfend und kontinuierlich bezeichnet. Gesichtsausdruck etwas müde und leidend. Deutlich ausgesprochene psychische Alteration. Pulsbeschleunigung. Während der Untersuchung tremor im rechten Bein, der bei Ausführung von Bewegungen in heftiges Schütteln übergeht. Erhöhte Sehnenphänomene. Bei Auslösung des rechten Quadriceps- und Patellarreflexes starkes Schütteln. Beim Gehen mit geschlossenen Augen zittert der ganze Körper; mässige Unsicherheit. Kneifen der Haut ruft keine spontane Schmerzensäusserung hervor. Recht erhebliche koncentrische Gesichtsfeldeinengung. Zunge zeigt an der Spitze tremor. Schlaflosigkeit.

Verlauf: Schlaf besserte sich etwas. Sonst keine Besserung. Behandlung mit Bromnatr.

Am 9. März 1894 arbeitsunfähig entlassen.

V. Sch. A., 32 alt, Pferdewärter. Aufenthalt vom 22. Febr. bis 10. März 1894.

Ursache: Am 12. Febr. 1892 erhielt Patient von einem ausschlagenden Pferd eine Verwundung von der Nasenwurzel bis über den linken Augenbogen.

Symptome: Gleich darauf andauernder intensiver Kopfschmerz in Stirn und Scheitelhöhe lokalisiert. Nach Heilung der Narbe und Excision der Wunde derselbe Zustand. Zittern an Händen und Füssen. Schwere Träume. Allgemeine Schwäche. Unsicherheit des Ganges. Unbestimmtes Angstgefühl.

Herzaktion verlangsamt. Gang hinkend infolge Durchschneidung der Achillessehne. Bei geschlossenen Augen starker Blepharospasmus und erhebliche Rumpfschwankung. Extremitäten kalt und cyanotisch. Sehnenphänomene gesteigert. Kein Fussklonus. Bauchdeckenstreichreflex und

Kitzelreflexe sehr gesteigert. Austritt des n. supraorbitalis druckempfindlich. Ebenso die Narbe in der Supraorbitalgegend. Sehr grosse Vergesslichkeit. Mässige Einschränkung des Gesichtsfeldes. Schlafstörung.

Verlauf: Das Befinden des Patienten im allgemeinen gut, Schlafstörung dauert fort.

Am 10. März 1894 mit Gutachten entlassen.

VI. F. P., 38 Jahre alt, Taglöhner. Aufenthalt vom 2. April bis 4. Mai 1894.

Ursache: Im Jahre 1893 wurde Patient von einer umstürzenden Leiter auf die rechte vordere Scheitelgegend getroffen.

Symptome: (Geringgradiges Emphysem, Otitis media catarrh. R.) Heftiger Kopfschmerz, der sich bei höherer Temperatur steigert. Schmerzen in der Halswirbelsäule bei Bewegungen des Kopfes. Gedächtnisschwäche. Herabsetzung des Hörvermögens. Gesichtsausdruck leidend und bekümmert. Patellarsehnenreflex leicht gesteigert, Achillessehnenreflex R nicht auslösbar, L leicht gesteigert. Fusssohlenstreichreflex kaum vorhanden. Bauchdeckenstreichreflexe gering. Anästhesie besteht in geringem Grade an beiden grossen Zehen und den nächst gelegenen Bezirken (nach Angabe des Patienten seit mehreren Jahren durch Erfrieren). Hyperästhesie am ganzen Körper, R stärker als L. Schwindelanfälle.

Verlauf: Auf Faradisation und Galvanisation keine erhebliche Besserung. Nach Bädern Verminderung der Beschwerden. Schliesslich Verschlimmerung des Zustandes.

Am 4. Mai 1894 auf ärztliche Anordnung als beschränkt arbeitsfähig entlassen.

VII. B. G., 40 Jahre alt, Steinmetz. Aufenthalt vom 11. April bis 10. Mai 1894.

Ursache: Uebermässige Anstrengung beim Heben einer Last.

Symptome: Seit jener Zeit stechende Schmerzen von der Mitte und rechten vorderen Seite der Brust nach dem Rücken ausstrahlend. Patient klagt über ein Gefühl des Reissens in der R Hand und am R Vorderarm und über ein Gefühl des Frierens in der R unteren Extremität. Pa-

tellarreflex beiderseits mässig gesteigert, Fussklonus nicht auslösbar, Achillessehnenreflex sehr schwach, ebenso Fusssohlenstreichreflex und Cremasterreflex. Ununterbrochene Benommenheit des Kopfes.

Verlauf: Patient wurde anfangs behandelt mit dem constanten Strom. Sensibilität und Lokalisationssinn an der R oberen Extremität herabgesetzt. Schmerz, Wärmeempfindung und Druckempfindung an der R Körperhälfte herabgesetzt. Behandlung mit warmen Bädern und Phenacetin. Nachtschweisse. Keine merkliche Besserung.

Am 10. Mai 1894 als beschränkt arbeitsfähig entlassen.

VIII. S. J., 47 Jahre alt, Bergmann. Aufenthalt vom 1. bis 30. Sept. 1894.

Ursache: Infolge eines Unglücksfalles Fraktur der R Fibula über dem malleollus externus.

Symptome: (Hypertroph. cord. idiopath.) Schmerzen an der Frakturstelle. Streckmuskeln an der vorderen Seite der Tibia und Fibula schmerzhaft. Schmerzen in Knie und Hüftgelenk. Gang ist etwas hinkend. Das R Fussgelenk ist im rechten Winkel steif gehalten. Kniegelenk und Hüftgelenke (absichtlich?) eingeschränkt. Im R glutaeus eine Narbe. Reflexerregbarkeit herabgesetzt. Sensibilität für feine Berührung im R Bein gegenüber dem L bis zur Inguinalgegend herabgesetzt. Accom. Parese.

Verlauf: Druck anf den n. ischiad. wird als schmerzhaft angegeben. Concentr. Gesichtsfeldeinengung. Immer dieselben Klagen. Keine Besserung. Simulation scheint nicht vorzuliegen, denn es bestehen bei Strömen, welche bei normaler Sensibilität R irgend welche reflektorische Reaktion hervorrufen würden, keinerlei Abwehrbewegungen, wie sie L thatsächlich vorhanden sind.

Am 30. Sept. 1894 auf ärztliche Anordnung entlassen.

IX. V. J., 53 Jahre alt, Maurer. Aufenthalt vom 2. bis 18. Oktober 94.

Ursache: Sturz von einem Gerüst auf die rechte Seite.

Symptome: (Infiltr. ap. dext., Arteriosclerose). Ununterbrochener Schmerz im Rückgrat und der rechten Hüfte, zuweilen auch im Kopf.

Abdomen in den unteren Partien druckempfindlich.

Brennen beim Urinieren und Schmerz an den Hoden. Unregelmässiger Stuhl und Schlaflosigkeit. Gang höchst unsicher, nach einigen Schritten sinkt Patient in die Knie. Darnach tremor an den Händen und Pulsbeschleunigung. Schwindelgefühl; bei geschlossenen Augen Schwanken, Patellarreflex gesteigert, Vorderarmperiost- und Tricepssehnenreflex sehr schwach, Fusssohlenstreichreflex R aufgehoben, Cremasterreflex L stärker wie R. Sensibilität im R Bein bis zum Poupart'schen Band und bis zur crista ossis ilei fast ganz aufgehoben. An den Stellen R wo gröbere Berührungen gefühlt werden, grobe Störung des Lokalisationssinns. An der rechten obern Körperhälfte herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit, L erhöht. Herabsetzung der rohen Kraft R im Verhältnis zu L. Aufrichten aus liegender Stellung ohne Zuhilfenahme der Hand unmöglich. An beiden Händen besonders R Ataxie.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 18. Oktober 1894 auf ärztliche Anordnung entlassen.

X. M. J., 59 Jahre alt, Maurer. Aufenthalt vom 30. Oktober bis 17. November 1894.

Ursache: Patient fiel im Jahre 1890 vom 3. Stockwerk herab auf Ziegelsteine. Verkrümmung der Brustwirbelsäule nach vor.

Symptome: Schnelle Ermüdung, Schweratmigkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und Schwindelgefühl; nach dem Essen drückende Schmerzen in der Magengegend. Abdomen überall druckempfindlich. Beim Gehen kleine Schritte, die Füsse werden stampfend aufgesetzt, die Wirbelsäule im untern Brust- und Lendenabschnitt druckempfindlich. Am R Vorderarm und an der R Hand beständig ein grober tremor. An der L Hand nur zeitweise. Passiven Bewegungen stellt sich ein leichter wahrscheinlich willkürlicher Widerstand entgegen. Grobe Kraft in den oberen Extremitäten, R mehr als L, herabgesetzt. Bei Anstrengung Schmerz in den beiden bicipites. In den untern Extremitäten werden die Bewegungen ziemlich kraftlos ausgeführt. Patient vermag angeblich das Knie nicht zu beugen. Sehnenreflexe in den obern Extremitäten nicht auslösbar. Patellarreflex leicht gesteigert. Bei Auslösung der Haut-

reflexe gerät Patient in Unruhe und es tritt Atembeschleunigung ein. Patient gibt im ganzen Körper bei jedem starken Druck Schmerzen an. Hochgradige koncentrische Gesichtsfeldeinengung.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 17. November 1894 auf ärztliche Anordnung erwerbsbeschränkt (70 %) entlassen auf 1 Jahr.

XI. H. W., 62 Jahre alt, Zimmermann. Aufenthalt vom 5. bis 18. November 1894.

Ursache: Patient wurde von einem Hebel auf die linke Wange und Schläfegegend getroffen.

Symptome: (Arteriosclerose). Seit dem Unfall Kopfschmerzen auf der rechten Seite. Schwerhörigkeit rechts. Schlafstörung. Ziemliche Depression des Gemütes. Gesichtsausdruck leidend und bekümmert. Aussehen schlecht. Beim Stehen mit geschlossenen Augen deutliches Schwanken. Periost- und Sehnenreflexe in den obern Extremitäten nicht auslösbar, ebenso Patellar- und Achillessehnenreflex. Fusssohlen und Cremasterreflex gering. Hochgradige Gesichtsfeldeinengung. Drehbewegung des Kopfes nach allen Seiten beschränkt, wegen Schmerzen in der Halswirbelsäule. Druckempfindlichkeit des m. sterno-cleidomastoideus. Nach längerem Bücken Pulsbeschleunigung. Kontinuierliches Ohrensausen.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 18. November 1894 entlassen.

XII. F. A., 40 Jahre alt, Maurer. Aufenthalt vom 16. bis 29. Juli 1894.

Ursache: Sturz aus einer Höhe von 6 m auf die linke Seite.

Symptome: (Leucom und Luxatio lentis R) Seit dem Unfall Stechen in der linken Seite. Schmerzen im linken Bein. Kopfschmerzen. Vollständiger Verlust des Gedächtnisses. Schlafstörung. Abnahme des Seh- und Hörvermögens, ebenso des Geruchsinns linkerseits. Sensibilitätsstörung auf der linken Seite. Stehen auf dem L Bein wegen Schmerzen im Knie nicht gut möglich.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 29. Juli 1894 entlassen.

XIII. S. M., 51 Jahre alt, Bahnarbeiter. Aufenthalt vom 19. bis 25. August 1894.

Ursache: Patient stürzte in einen Kanal, fiel mit der Brust auf eine eiserne Röhre, mit dem Kopf stiess er auf die hart gefrorene Erde.

Symptome: (Cardialgie) Schmerzen auf der Brust. Am grössten ist die Schmerzhaftigkeit 4—6 cm vom Ende des processus xiphoideus nach aufwärts. Eine zweite druckempfindliche Stelle befindet sich 2 cm rechts vom 1. Lendenwirbeldorn. Bei Anstrengung Auftreten von Schmerzen an den beiden Stellen, die in den ganzen Körper ausstrahlen.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 16. August 1894 auf Wunsch beschränkt (80%) arbeitsfähig entlassen.

XIV. D. A., 40 Jahre alt, Maurer. Aufenthalt vom 3. bis 9. September 1894.

Ursache: Patient fiel vor 5 Jahren vom 2. Stock herab. Schädelfraktur auf der linken Seite.

Symptome: (Tuberc. pulm. dext., Atrophie des L Nerv. opt.) Beim Bücken Schwindelgefühl. Beschränkte Beweglichkeit des Rumpfes und der Extremitäten. Bei längerem Lesen Schmerz in den Augen. Schlafstörung. Grosse Empfindlichkeit gegenüber unvorsichtigen Aeusserungen, die sich auf seinen Zustand beziehen. Depression des Gemütes. Bewegungen langsam und kraftlos. Sprache zögernd. Intelligenz vermindert. Gedächtnisschwäche. Grobe Kraft herabgesetzt. Steigerung der Sehnenphänomene. Sensibilität links herabgesetzt, Gang etwas mühsam mit gespreizten Beinen. Beim Stehen mit geschlossenen Augen leichtes Schwanken. Beim Bücken Pulsbeschleunigung und Röte des Gesichts, sowie Schwindelgefühl. Gesichtsfeld R deutlich concentrisch eingeengt mit grösserer Einengung für Blau. Die linke Pupille ist reaktionslos.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 9. September 1894 als arbeitsunfähig entlassen.

XV. R. T., 46 Jahre alt, Zimmermann. Aufenthalt vom 15. November bis 3. Dezember 1895.

Ursache: Sturz aus einer Höhe von 3 m auf den Kopf. Aufschlagen des L Oberschenkels auf einen Balken.

Symptome: Heftige Schmerzen im linken Hüftgelenk und Nacken. Abdomen auf der linken Seite druckempfind-

lich. Erhöhung der Sehnenphänomene. Bei vollständig passiver Streckung der L Extremität Schmerzen im Kniegelenk. Bei forcierter Beugung Schmerzen in den Beugesehnen. Beim Gehen hält Patient das rechte Knie und Hüftgelenk steifer als das linke. C. G. F. E.

Bei starkem Händedruck grober tremor. Beim Stehen mit geschlossenen Augen Zittern in den Augenlidern.

Verlauf: Immer dieselben Klagen. Keine Besserung. Am 3. Dez. 1895 als 70% erwerbsbeschränkt entlassen.

XVI. St. J., 56 Jahre alt, Maurer. Aufenthalt vom 5. Oktober bis 9. November 1895.

Ursache: Sturz aus einer Höhe von 12 m auf Kopf und Brust. Rippenfraktur.

Symptome: (Lungenhernie, L Facialiskrampf) Schmerzen auf der Brust und im Kopf. Schlaflosigkeit. Adduktionsbewegung des linken Arms ziemlich kraftlos von Schmerzempfindung auf der Brust, wo das trauma eingewirkt hat, begleitet. Etwas erhöhte Steigerung der Sehnenphänomene. Gesichtsfeld erheblich eingeschränkt, L werden Farben nicht unterscheiden. Krampf im sphincter palpebr.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 9. November 1895 entlassen.

XVII. Sch. Ch., 28 Jahre alt, Vorarbeiter. Aufenthalt vom 1. bis 29. Okt. 1895.

Ursache: Verschüttung.

Symptome: Schmerzen im Rücken. Zwischen den Schulterblättern entsprechend dem 5. und 6. Brustwirbel Druck und Perkussionsempfindlichkeit. Von dieser Stelle soll ein zusammenziehendes Gefühl ausgehen. Das L Fussgelenk in seiner Beweglichkeit etwas eingeschränkt. Bei Bewegungen Schmerz in der oben erwähnten Stelle der Wirbelsäule. Gang ist etwas stampfend. Steigerung der Sehnenphänomene. Schmerzempfindung ist am ganzen Körper gering. Nur in einer gürtelförmigen Zone, die L vom 7. Brustwirbel in einer Breite von 3—4 cm und R vom 2. Lendenwirbel nach vorn bis zum Nabel zieht, besteht Hyperästhesie (Hyperalgesie).

Verlauf: Nach Anwendung von kalten und kohlensauren Bädern trat keine Besserung ein. Patient klagt vielmehr über Mattigkeit. Auf Faradisation kein Erfolg. Auf

Galvanisation vorübergehende Abnahme der Nackenschmerzen. Schlaf kurz. Deprimirte Gemütsstimmung.

Am 29. Okt. 1895 75% arbeitsbeschränkt entlassen.

XVIII. K. F., 41 Jahre alt, Taglöhner. Aufenthalt vom 5. bis 16. Sept. 1895.

Ursache: Infolge eines Falles Inguinalhernie R. (Nachfolgende Herniotomie.)

Symptome: (Sekundäre Inactivitätsatrophie der R. U. E.) Seit dem Unfall Schmerzen in der Leistengegend beiderseits, sowie im Kreuz. Heben beider Beine nur mit Anstemmen möglich. Druckpunkt am L Leistenring. Die rechte Extremität im Verhältnis zur linken deutlich abgemagert. Patellarreflex R gesteigert. Achillessehnenreflex R nicht vorhanden. Bauchdeckenstreichreflex R deutlich herabgesetzt. Fusssohlenstreichreflex und Kitzelreflex R gesteigert.

Sensibilität für Wärme R etwas herabgesetzt.

Verlauf: Ohne dass eine Aenderung eingetreten wäre im Befinden, wird Patient auf eigenes Verlangen als arbeitsfähig entlassen.

XIX. G. M., 51 Jahre alt, Arbeiter. Aufenthalt vom 20. Juli bis 9. Aug. 1895.

Ursache: Stoss mit dem Kopf gegen einen Kran.

Symptome: Seit dem Unfall beständig Kopfweh, ausstrahlend in den Nacken. Druck im Kopfe. Schwindelgefühl. Gedächtnisschwäche. Beeinträchtigung des Sehvermögens. Schlaflosigkeit. Pulsbeschleunigung. Zeitweise starker Schwindel, stechende Schmerzen in der Herzgegend, der Schädel etwas perkussionsempfindlich an der Stirngegend. Wirbelsäule am unteren Halsabschnitt etwas empfindlich gegen Druck. An den Fingern schneller, leichter tremor. Bei raschem Umdrehen ziemlich starkes Schwanken. Sehnenphänomene erhöht. Gedächtnisschwäche. Auf der Stirn deutliche Anaesthesie.

Verlauf: Durch Anwendung von Kälte wurden die Schmerzen etwas gemildert. Schlafstörung. Auf Sulfonal und Migränin keine Wirkung.

Patient wurde am 9. Aug. 1895 50% arbeitsbeschränkt entlassen.

XX. B. A., 16 Jahre alt, Müllerlehrling. Aufenthalt vom 13. bis 26. Juli 1895.

Ursache: Patient wurde von einem Rollwagen überfahren. Verletzung am R Fuss und am Rücken.

Symptome: Fortwährender Kopfschmerz und heftiges Seitenstechen.

Verlauf: Auf Faradisation verschwanden die Schmerzen. Patient wurde am 26. Juli 1895 als arbeitsfähig entlassen.

XXI. G. J., 31 Jahre alt. Maurer. Aufenthalt vom 16. Juni bis 11. Juli 1895.

Ursache: Im Jahre 1891 fiel dem Patienten bei der Arbeit ein eisernes Gefäss auf den Kopf aus einer Höhe von 6 m.

Symptome: Seit dem Unfall beständig Kopfschmerzen. die von Zeit zu Zeit einen stechenden Charakter annehmen. Druck im Kopf mit zeitweise heftiger Steigerung der Schmerzen ausgehend von L Scheitelgegend bis in die L Schulter. Schwindelgefühl. Schwarzwerden vor den Augen. Zuweilen Erbrechen. Perkussion des Schädels ist überall schmerzhaft und ruft reflektorische Zuckungen hervor und Abwehrbewegungen. Gesichtsausdruck starr und etwas schmerzlich. Sehnenphänomene ziemlich gesteigert. Zeitweise soll das Gefühl von Ameisenlaufen auftreten. An den Bauchdecken und Fusssohlen Hyperaesthesie, in geringerem Grade am unteren Teil des Unterschenkels und am Fussrücken. Feine Berührung derselben ruft heftige reflektorische Erregungen hervor. Am Bauch und Füssen etwas Hyperalgesie. Beim Stehen mit geschlossenen Augen deutliches Schwanken. Beim Umdrehen ebenfalls. Schlafstörung.

Verlauf: Auf Bromkali weniger Schlafstörung. Sonst keine Besserung.

Am 11. Juli 1895 50% arbeitsbeschränkt entlassen auf ärztl. Anordnung.

XXII. Sch. A., 33 Jahre alt, Pferdewärter. Aufenthalt vom 9. bis 16. April 1895.

Ursuche: Patient wurde im Jahre 1891 von einem Pferde in der Gegend der Nasenwurzel geschlagen. Knochenverletzung.

Symptome: Seit dem Unfall Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Narbe an der Austrittstelle des n. supratrochlearis und supraorbitalis L druckempfindlich; dabei tritt Pulsbeschleunigung ein. Steigerung der Sehnenphänomene. Grobe Kraft im Vergleich zum Körperbau herabgesetzt. An den Händen ein leichter schneller Tremor. Ataxie an den oberen Extremitäten geringfügig vorhanden, an den unteren angedeutet. Gang hinkend, rechter Fuss etwas verkürzt. Beim Stehen mit geschlossenen Augen leichtes Schwanken. Gedächtnisschwäche. Feinste Berührung wird im Bereich der verletzten Partie als sulzig bezeichnet. Schmerzempfindung an dieser Stelle herabgesetzt. Schädel im Bereich dieser Partie druck- und perkussionsempfindlich. Concentrische Gesichtsfeldeinengung. Schlafstörung.

Verlauf: Patient gibt an, ein Gefühl in den Gliedern zu haben, als ob sie abgeschlagen wären. Keine Besserung.

Am 16. April 1895 80% arbeitsbeschränkt entlassen.

XXIII. J. G., 42 Jahre alt, Taglöhner. Aufenthalt vom 3. bis 26. Januar 1895.

Ursache: Fall aus einer Höhe von 5 m auf den Rücken. Rückenmarkserschütterung.

Symptome: Gleich nach dem Unfall heftige Schmerzen im Rücken, über dem Kreuzbein und über den untersten Rippen beiderseits. Beim Gehen vorgebeugte Haltung. Erhebliche Steigerung der Sehnenphänomene. Mässige Hyperalgesie über dem 2. bis 3. Lendenwirbel.

Verlauf: Auf Application von Schröpfköpfen trat anfangs Besserung ein. Später dieselben Klagen.

Am 26. Jan. 1895 als 25% arbeitsbeschränkt auf die Dauer eines Jahres entlassen.

XXIV. Fl. J., 34 Jahre alt, Fleischer. Aufenthalt vom 6. April bis 13. Mai 1895.

Ursache: Verschüttung. Unterkieferfraktur. Verletzungen an beiden arcus superciliares und am Kopf.

Symptome: Bei Druck auf die Narbe am Kopf zitterndes Gefühl ausstrahlend in den Hinterkopf. Schwindelgefühl. Schwerbesinnlichkeit. Klopfen im Hinterkopfe. Alle diese Empfindungen sind nach Angabe des Patienten im

Bett in geringerem Grade vorhanden. Flimmern vor den Augen. Bei Aufregung zusammenziehendes Gefühl in der Bauchgegend, ausserdem zusammenziehende Schmerzen von den Fussenden ausgehend über den Rücken zum Kopf. Oefters krankhaftes Zittern des Beins. Beim Lesen Schmerz im Kopf und im linken Auge. Patient sieht nur augenblicksweise auf ziemliche Entfernung, da bei längerem Blicken auf eine Stelle sofort Wasser in die Augen tritt. Beim Essen Schmerzen in der Gaumengegend. Beklemmungsgefühl, Herzklopfen. Deprimierte Gemütsstimmung. Gang kurz, schleppend. Bedeutende Steigerung der Sehnenphänomene. Pupillenreaktion träge. Sexuelle Impotenz. Schlaf gestört, wenn Patient angestrengt war, sonst gut.

Verlauf: Am 13. April: Patellarreflex nicht erhöht. Nach längerer Bettruhe kein Tremor sichtbar. Derselbe stellt sich bei längerer praes. med. allmählich ein. Sonst Befinden das nämliche.

Am 13. Mai 1894 60% arbeitsbeschränkt entlassen.

XXV. S. G., 32 Jahre alt, Taglöhner. Aufenthalt vom 9. bis 26. Januar 1895.

Ursache: Sturz aus einer Höhe von 3 m rittlings auf einen Pfahl. Mehrere kleine Verletzungen an beiden Oberschenkeln. Schwellung des scrotum und der Inguinalgegend. Blutbrechen.

Symptome: Brennende Schmerzen im linken Hoden. Stechende Schmerzen in der L Inguinalgegend. Beim Bücken bandartig zusammenziehende Schmerzen in dieser Gegend. Sexuelle Impotenz. Bei Druck auf die schmerzhaften Stellen Pulsbeschleunigung bis 120. Schwindelgefühl. In der Kniebeuge spannendes Gefühl. Bewegungen mit der L untern Extremität sind schwächer als R. Adduktion L ruft angeblich Schmerzen in Damm und Leistengegend hervor. Sehnenphänomene gesteigert, Hyperaesthesie in der L Inguinalgegend und am Scrotum. Stimmung labil. C. G. F. E.

Verlauf: Patient gibt am 12. I. an, Blutbrechen des Nachts gehabt zu haben; offenbar rührt das Blut aus dem Zahnfleisch her.

Keine Besserung.

Am 26. Januar 1895 mit 50% Erwerbsunfähigkeit entlassen.

B. 9 Fälle mit neurasth. (hypoch.) Symptomen
(traumat. Neurasthenie.)

XXVI. G. M., 50 Jahre alt, Taglöhner. Aufenthalt vom 4. bis 25. Mai 1895.

Ursache: Stoss gegen die Brust.

Symptome: Schmerzen in der ganzen Brust. Allgemeine Mattigkeit. Grobe Kraft allgemein herabgesetzt. Pulsbeschleunigung bei Anstrengung bis 130—140. Leichtes Zittern in Armen und Beinen bei Bewegung. Sehnenphänomene erhöht.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 25. Mai mit 60% Erwerbsunfähigkeit entlassen.

XXVII. A. J., 32 Jahre alt, Taglöhner. Aufenthalt vom 23. November bis 11. Dezember 1893.

Ursache: Schlag mit einem Hammer auf die Stirn. Bewusstlosigkeit.

Symptome: In den nächsten Tagen hohe Erregbarkeit, P. reagiert auf die geringsten Ursachen mit Zorn, der sich gegen Leute richtet, von denen er spontan die Ueberzeugung bekommt, dass sie seine Feinde seien. Unruhiger Schlaf; phantastische Träume. Erschrecken über jede Kleinigkeit, Nachlassen aller Kräfte und des Gedächtnisses. Blutandrang nach dem Kopf; Flimmern vor den Augen bei Anstrengung. C. G. F. E.

Verlauf: Nach Landaufenthalt etwas Besserung. Körperlicher Zustand gut.

Am 11. Dezember 1893 auf Wunsch teilweise arbeitsfähig entlassen.

Bei einer spätern Untersuchung am 25. Februar 1895 ergab sich Erhöhung der Sehnenphänomene. C. G. F. E. Für Blau und Rot. Depression des Gemüts. Wenig Schlaf. Kopfschmerz. Schwindelgefühl. An den Schläfen Ameisenlaufen N. Supraorbitalis L druckempfindlich.

XXVIII. H. H., 49 Jahre alt, Zimmermann. Aufenthalt vom 20. Dezember 1893 bis 9. Januar 1894.

Ursache: Patient fiel rücklings auf eine Treppe. Verletzung zwischen R Schläfe und Hinterkopf.

Symptome: (Arteriosclerose) Apathie, stumpfsinniger Gesichtsausdruck. Beständig Klagen über Kopfschmerzen, auf Stirn und Scheitelbein lokalisiert. Sehnenphänomene erhöht. Schwerhörigkeit. Kopfknochen-Leitung stark herabgesetzt. Mässige C. G. F. E.

Verlauf: Keine Besserung. Gutachten schlägt 1/4 bis 1/3 Rente vor. Nach einem Jahre wieder Untersuchung.

XXIX. J. Kr., 33 Jahre alt, Taglöhner. Aufenthalt vom 23. Dezember 1893 bis 23. Januar 1894.

Ursache: Verletzung an der R Brusthälfte.

Symptome: Seit dem Unfall Schmerz auf der R Seite. Gesichtsausdruck etwas ängstlich, schmerzhaft. Stimmung deprimiert. Schmerz in der Stirngegend, Füsse und Hände sehr kühl. Rohe Kraft des L Arms vermindert. Erhöhung der Sehnenphänomene. Mechanische Muskel-Erregbarkeit etwas gesteigert. Ziemlich grosses Scotom. Schmerz in den Füssen.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 23. Januar 1894 mit 60% Rente entlassen.

XXX. St. A., 40 Jahre alt, Rollierwärter. Aufenthalt vom 14. Februar bis 6. März 1894.

Ursache: Eisenbahnunfall (Sturz über eine Schwelle). Schlag auf die Stirn beim Schliessen einer Barrière durch deren gebrochene Kurbel.

Symptome: Kopfschmerzen. Schwerhörigkeit. Beide Füsse kalt. Tremor an den Händen. Patient fährt häufig mit den Händen an die regio frontalis. Gesichtsausdruck dabei schmerzhaft. Blepharospasmus. Druck auf die glabella schmerzhaft. Rohe Kraft herabgesetzt. Sehnenphänomene etwas verstärkt. Beklopfen der Fusssohle bewirkt lebhafte Wadenmuskelkontraktur C. G. F. E. für Blau. Erhöhte Pulsfrequenz. Schlafstörung.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 6. März 1/5 arbeitsbeschränkt entlassen.

XXXI. K. M., 59 Jahre alt, Maurer. Aufenthalt vom 25. April bis 17. Mai 1894.

Ursache: Dem Patienten fielen Ziegelsteine auf die Stirn.

Symptome: (Emphysem) Reissende Schmerzen im Kopf und Kreuzbein. Schwindelgefühl. Sehnenphänomene vermindert. C. G. F. E.

Verlauf: Auf Bromkali und Faradisation keine Besserung. Klagen über Schmerzen im L Oberarm.

Am 17. Mai 1894 als 50% arbeitsbeschränkt entlassen.

XXXII. B. G., 44 Jahre alt, Bureaudiener. Aufenthalt vom 13. bis 25. Juli 1895.

Ursache: Eisenbahnunfall. Patient geriet zwischen zwei Puffer.

Symptome: Seit dieser Zeit sehr leicht erregbar. Nach Heben eines beladenen Korbes ziehende und reissende Schmerzen im Kreuz nach dem Nacken ausstrahlend. Appetit schlecht. 9. und 10. Brustwirbeldornfortsatz und Mitte des sternum druckempfindlich, ebenso die seitlichen Teile des sacrum. Patient macht einen etwas erregten ängstlichen Eindruck. Gesichtsausdruck leidend, deprimiert. Sehnenphänomene erhöht. An den Händen tremor. An den Augenlidern beim Schliessen starkes Zittern. Grobe Kraft herabgesetzt. Gang langsam.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 25. Juli 1895 arbeitsunfähig entlassen auf Verlangen.

XXXIII. St. H., 35 Jahre alt, Knecht. Aufenthalt vom 8. April bis 4. Juli 1895.

Ursache: Wiederholte Schläge mit der flachen Hand auf den Kopf (heredit. Belastung).

Symptome: Seit dem 14. Lebensjahr starke Kopfschmerzen, so dass Patient oft laut aufschreit. Schwindel, geistige Ermüdung, Gedächtnisschwäche. Schwäche der Extremitäten. Gehen und Stehen vor Schwindelgefühl nicht möglich. Zunge zeigt leichten tremor. Stechende Schmerzen in der Schläfengegend. An Händen und Füssen tremor. Erhöhung der Sehnenphänomene. Intelligenz gering.

Verlauf: Auf Eisblase und Aqu. carb. brom. Besserung.

Am 4. Juli 1895 in die Rekonvalescentenanstalt entlassen.

XXXIV. Z. A., Mechaniker, 21 Jahre alt. Aufenthalt vom 1. März bis 9. März 1895.

Ursache: Patient stürzte plötzlich in der Werkstätte zusammen.

Symptome: Heftiges Kopfweh, Schwindelgefühl, Trübsehen, Nachtschweisse, Schlafbedürfnis. Sehnenphänomene erhöht.

Verlauf: Keine Besserung.
Am 9. März 1895 als vorläufig arbeitsunfähig entlassen.

C. 12 Fälle mit hysterischen Symptomen (traumatische Hysterie).

XXXV. K. R., 36 Jahre alt, Zimmermann. Aufenthalt vom 29. März bis 28. April 1893.

Ursache: Contusion der Innenfläche der rechten Hand. Schwellung der Hand und des Vorderarms. Geschwür an der Basis der 1. Phalanx.

Symptome: Drei Tage nach dem Unfall bohrende Schmerzen in der Herzgrube nach dem R Schulterblatt ausstrahlend. Verdauungsstörung. Zeitweise heftige Schmerzen in der Magengegend. Stuhl von schiefergrauer Farbe und aashaftem Geruch. Patient kann die Finger der R Hand nicht zur Faust schliessen. Pelziges Gefühl daselbst. Später Schmerzen im Hüftgelenk, so dass das Gehen unmöglich ist. Seit 7. März Pelzigsein beider untern Extremitäten, wechselnd L und R, beim Stehen grosse Unsicherheit. Dieser Zustand dauerte bis zum 27. März. Vor 14 Tagen heftiges Brennen der Haut in der Kreuzgegend. Dauer 2 1/2 Tage. Beschwerden beim Urinieren 1/2 Tag. Seit dem Unfall heftige Kopfschmerzen, ab und zu Frostgefühl. Oeffnen der Augen bei den Schmerzen ist fast ganz unmöglich. Hochgradige Schlafstörung. Stimmung deprimiert. Beim Erzählen seines Unfalls gerät Patient leicht ins Weinen. Energie herabgesetzt, Vorstellung verlangsamt, Inhalt düsterer Natur. Sehnenphänomene erhöht.

Verlauf: Auf Faradisation anfangs Besserung. Am 13. April brennende Schmerzen im Leib, klonische Krämpfe am ganzen Körper. Heftige Schüttelbewegungen besonders des L Beins. Atmung kurz und stossweise.
Am 28. April 1895 entlassen.

XXXVI. B. S., 49 Jahre alt, Schmied. Aufenthalt vom 15. April bis 5. Mai 1893.

Ursache: Verletzung der R oberen Extremität durch den Dampfhammer. Schwellung und Beugestellung des R Armes.

Symptome: Sofort nach dem Unfall pelziges Cefühl an den Fingern. Anaesthesie an der Hand des Vorderarms. Stechende Schmerzen vom Ellenbogen nach dem Schultergelenk ausstrahlend. Kraftlosigkeit im Arm. Abnahme der Muskulatur. Tremor der R obern Extremität bei ruhiger Bettlage. Der passiv erhobene Arm zittert stark und fällt sofort wieder herab. Bei Abduktion gibt Patient Schmerzen in der Schultergegend an. Bei geschlossenen Augen kann Patient mit der Spitze des R Zeigefingers jene des L nicht berühren. Passiv ausgeführte Bewegungen des R Armes gibt Patient an, nicht zu erkennen. Passiv hergestellte Stellung des R Arms wird bei geschlossenen Augen mit der linken nachgeahmt. An Vorderarm und Hand werden Nadelstiche nicht empfunden. Die anaesthetische Zone schliesst ziemlich insulär, unmittelbar über den Condylen des Ellenbogengelenks ab. Dann folgt ein kleineres Gebiet im mittleren obern Drittel, wo spitz und stumpf nicht genau unterschieden wird. Hier ist die Schmerzleitung nicht verzögert. Temperaturunterschiede werden am Vorderarm gar nicht wahrgenommen. Bei Faradisierung mit dem stärksten Strom macht Patient weit entschieden geringere Abwehrbewegungen als normal wäre. Schlaf häufig gestört. Patient macht einen etwas stumpfsinnigen Eindruck. C. G. F. E.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 5. Mai 1893 arbeitsunfähig entlassen.

XXXVII. S. L., 34 Jahre alt, Taglöhner. Aufenthalt vom 8. April bis 15. Mai 1893.

Ursache: Tragen einer schweren Eisenplatte. Erblich belastet.

Symptome: Stechende Schmerzen in der linken Bauchseite in der Höhe des Nabels. Steigerung derselben bei Bewegung. Später Schmerzen auf der Brust in der Gegend des Herzens, auf dem Rücken, überhaupt diffus über den ganzen Körper. In letzter Zeit häufig Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Ohrensausen. Wechselndes Frost- und Hitzegefühl. Schlafstörung. Abnahme des Körpergewichts. Starke C. G. F. E.

Abdomen R druckempfindlich. Körperhaltung gebückt. Gang weitspurig. Blepharospasmus. Sehnenphänomene R

stärker als L. Grobe Kraft herabgesetzt. Pulsfrequenz etwas erhöht.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 5. Mai 1893 entlassen.

XXXVIII. K. A., 21 Jahre alt, Kupferschmied. Aufenthalt vom 30. Sept. bis 20. Dez. 1894.

Ursache: Patient wurde am 3. Juli von einem, ca 3 m herabfallenden Balken quer über den Rücken getroffen. Bewusstlosigkeit, Harnverhaltung. Patient katheterisierte sich später selbst. Eines Abends blieb beim Herausziehen des Katheters ein Stück in der urethra stecken. Cystotomia alta suprapubica. (Alkoholist.)

Symptome: Die unteren Bezirke der Narbe von der Operation herrührend sind druckempfindlich. Dammgegend druckempfindlich. Der durch den Katheter entleerte Harn hat etwas amoniak. Geruch. Hände und Füsse auffallend kühl. Gedächtnis mangelhaft. Patellar- und Achillessehnenreflex verstärkt. Rachen vollkommen anaesthetisch.

Verlauf: Am 23. Okt. rohes Benehmen des Patienten. Auf Zurechtweisungen verlangte er seinen Austritt. Am 30. Okt. Retentio urinae. Es besteht Verdacht, dass Patient sonst uriniert und um sich krank zu stellen, katheterisieren lässt. Besserung.

Am 20. Nov. 1894 auf Wunsch entlassen.

XXXIX. E. G., 46 Jahre alt, Vorarbeiter. Aufenthalt vom 10. bis 15. Dez. 1894.

Ursache: Dem Patienten wurde im Jahre 1889 ein aus einer Kreissäge ausspringendes Brett an die rechte untere Brustseite geschleudert. Ohnmacht.

Symptome: Bohrende Schmerzen an Stelle der Verletzung. Bei raschem Gehen so intensiv, dass Patient gezwungen ist, auszuruhen. Depression des Gemütes. Sensibilität im Trigeminusgebiet herabgesetzt. Bestreichen mit dem Pinsel wird R angeblich nicht empfunden. Zunge zeigt etwas groben Tremor. Rachenreflexerregbarkeit etwas herabgesetzt. Bei Prüfung auf Ataxie werden in den oberen und unteren Extremitäten ausfahrende Bewegungen bemerkt mit dem Charakter des Gewollten. Tastsinn für einfache Berührungen auf der ganzen R Körperhälfte aufgehoben. Hypalgesie und Herabsetzung des Temperatursinns

daselbst; ebenso Empfindungsleitung verlangsamt. Gefühl für passive Bewegungen R herabgesetzt. Verhalten teilnamslos.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 15. Dez. 1894 auf Wunsch entlassen.

XL. K. W., 36 Jahre alt, Maschinist. Aufenthalt vom 7. bis 26. Juni 1894.

Ursache: Eisenbahnunfall. Sturz von einer Lokomotive mit der linken Brust auf eine Schiene. Verletzung von Rippen und Schulterblatt

Symptome: Seitdem stechende Schmerzen in der L Brust. Beim Gehen mit geschlossenen Augen sinkt Patient auf den nächst festen Gegenstand, um sich vor dem zu Boden Fallen zu schützen. L Sensibilität herabgesetzt. Der Bezirk wird bald grösser, bald kleiner angegeben. L Analgesie. Sehnenphänomene etwas erhöht.

Verlauf: An einer Stelle des L Unterschenkels, an welchem die Sensibilitätsstörung mit heissen Gegenständen vorgenommen wurde, trat Verbrennung II. Grades auf, welche Patient gar nicht fühlte. Nach Anwendung des faradischen Pinsels vermag Patient auch auf dem L Bein zu stehen. Wird Patient auf der anästh. Seite faradisiert, so fängt er bei Faradisierung der regio iliaca laut auf zu schreien an. Am 25. VI. weder subjektiv noch objektiv eine Aenderung der Krankheitserscheinungen zu konstatieren.

Am 26. Juni mit 50% Arbeitsbeschränktheit entlassen. Nach 1 Jahr Untersuchung im Gutachten vorgeschlagen.

XLI. L. J., 21 Jahre alt, Schlosser. Aufenthalt vom 16. Juni bis 9. Juli 1894.

Ursache: Beim Tragen eines Balkens stürzte Patient zu Boden. Bewusstlossigkeit. Nach dreiwöchentlichem Aufenthalt in der chirurgischen Klinik wurde Patient als geheilt entlassen. Beim Versuche mit einem Stemmeisen einen eisernen Balken zu heben, glitt ihm das Stemmeisen über die Brust und zwar R. Als er zur Untersuchung in den Operationssaal geführt wurde, bekam er einen Anfall. 2—3 Stunden Bewusstlosigkeit.

Symptome: Seit dieser Zeit öfters Anfälle von Bewusstlosigkeit. Erbrechen. Sehnenphänomene gesteigert. Grobe Kraft im linken Arm und Bein herabgesetzt. Beim Stehen

mit geschlossenen Augen Schwanken. Gang langsam. Von der Mitte des R Vorderarms abwärts besteht zur Zeit Anaesthesie, für feine Berührung. Auch Wärmeempfindung herabgesetzt. R. Hypalgesie.

Verlauf: Am 18. VI. klagt Patient über Halsschmerzen auf der rechten Brustseite Stechen; ausserdem pelziges Gefühl an den Händen. Verweigerung der Nahrungsaufnahme.

Am 19. VI. Stechende Schmerzen in der Schläfe und im Rücken. Das pelzige Gefühl in R Arm und Hand verschwinden auf Faradisation.

Rechter Thorax hyperalgetisch.

Am 6. VII. keine Besserung.

Am 9. Juli arbeitsunfähig entlassen.

Am 28. August kam Patient wieder in Behandlung. Dieselben Klagen wie früher. Paraesthesien und Sensibilitätsstörungen in der oberen Extremität sind nicht mehr vorhanden.

Am 8. Sept. Klagen über Gefühl von grosser Schwere auf der rechten Brustseite.

Am 19. Keine Beschwerden. Schlaf gut.

Am 20. Sept. auf Wunsch der Berufsgenossenschaft entlassen.

Am 18. II. 1895 kam Patient mit denselben Schmerzen und wurde am 1. III. 1895 arbeitsunfähig entlassen.

VIIIL. F. K., 45 Jahre alt, Wagenwärter. Aufenthalt vom 23. Juli bis 3. Aug. 1894.

Ursache: Eisenbahnunfall. Patient wurde durch das Anfahren einer Lokomotive mit grosser Gewalt an einen im Wagen befindlichen Eisenpfosten geschleudert und zwar mit der rechten Brustseite. Kopf stiess gegen die Thür. Grosser Schreck. (Hereditär belastet.)

Symptome: Starke Kopfschmerzen, Stechen auf der R Brustseite. Atmungsbeschwerden. Schlafstörung. Depression des Gemüts. Verminderung des Sehvermögens. Geringer Appetit. Abnahme der körperlichen Kraft. Sehr aufgeregt. An den Händen Tremor. Beim Stehen mit geschlossenen Augen Schwanken. Stehen auf einem Bein mit geschlossenen Augen schwer möglich. Epiglottis- und Rachenreflex schwach auslösbar. Schlafstörung. Gedächt-

nisschwäche. Stimmung deprimiert. Starke C. G. F. E. Farbenumstellung nach dem hysterischen Typus.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 3. Aug. arbeitsunfähig entlassen.

IIIL. E. K., 25 Jahre alt, Maler. Aufenthalt vom 20. April bis 19. Dez. 1895.

Ursache: Bei einem Gerüsteinsturz Fraktur des Vorderarms. (Neuropathisch. belastet, Residuen einer stattg. Intox. satur.

Symptome: Seit dieser Zeit Krampfanfälle. Vor denselben Schwindel- und Hitzgefühl. Während des Anfalls Bewusstlosigkeit. Oefters Bauchschmerzen. Respiration auffallend frequent. Im R Epigastrium etwas Druckempfindlickkeit. Von Zeit zu Zeit Ohrensausen. Auf der L Gesichtshälfte Tastsinn, Schmerzsinn, Temperatursinn vollständig erloschen. Gefühl für elektr. Erregbarkeit in der L Gesichtshälfte herabgesetzt. Das L Auge ermüdet rascher Geruchsempfindung L herabgesetzt. Geschmacksfunktion für manche Substanzen ganz aufgehoben wie für tinktura Gentiana. Rachenreflexerregbarkeit L aufgehoben. Anaesthesie der Mundschleimhaut. Unterster Brustwirbel auf Druck sehr empfindlich. Beim Stehen mit geschlossenen Augen einiges Schwanken. Tastsinn, Drucksinn, Schmerz- und Temperatursinn L gänzlich aufgehoben; ebenso L Lokalisationssinn. Sehnenphaenomene R erhöht, links vermindert. Coniunctivalreflex L aufgehoben; Cornealreflex L herabgesetzt.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 19. Dez. 1895 auf Wunsch entlassen.

VIL. L. A. 25 Jahre alt, Maschinenarbeiter. Aufenthalt vom 20. bis 31. Dez. 1895.

Ursache: Verletzung durch einen Stahlsplitter am R Auge.

Symptome: Seitdem Schmerzen am R Auge. Oft auch in der Scheitelgegend. Schwindelgefühl. Fixer Schmerz bei Druck auf Scheitel und Schläfegegend. Reflexerregbarkeit etwas gesteigert. L blind. R. C. G, F. E.

Am 29. Dez. 1895 mit 76% Erwerbsunfähigkeit entlassen.

VL. B. S., 28 Jahre alt, Taglöhner. Aufenthalt vom 26. April bis 14. Juni 1895.

Ursache: Patient glitt aus und fiel. Bewusstlosigkeit.

Symptome: Nach 2 Stunden Stehen unmöglich. Starker Kopfschmerz. Gehörvermögen herabgesetzt. Schmerzen in der Wirbelsäule. Blitzartig auftretende Schmerzen in den Extremitäten. In den Hüften, Bein, Füssen, Armen und Händen Gefühl des Pelzigseins. Anfallsweise Schmerzen auf Brust und Bauch. Dabei das Gefühl des Luftmangels. Gedächtnisschwäche. Orientierungssinn herabgesetzt. Beim Urinieren brennende Schmerzen. Zuweilen Retentio urinae. Extremitäten sind stark blaurot und kühl. Rachenreflex fehlt vollkommen. Gang schwankend. Schwanken bei geschlossenen Augen. Hypalgesie des ganzen Körpers. Sehnenphänomene erhöht. Gegen Morgen häufig Pollutionen. Schlafstörung.

Verlauf: Auf Eisblase Schlaf besser. Massage wird schlecht vertragen. Sonst keine Besserung.

Am 14. Juni 1895 auf Wunsch entlassen.

IVL. A. J., 33 Jahre alt, Erdarbeiter. Aufenthalt vom 16. Nov. 1894 bis 30. Jan. 1895.

Ursache: Fall auf einen Stein mit der R Brustseite. Erbrechen von Blut.

Symptome: Heftig stechende Schmerzen auf der R Brustseite. Den R Arm kann Patient nicht über Schulterhöhe heben. Grosse Schwäche des R Armes und Beines. Patient hat das Gefühl, als ob die rechte Seite tot wäre. Reflexerregbarkeit herabgesetzt. Grobe Kraft für alle Bewegungen herabgesetzt. Sensibilität auf der R Seite mit Ausnahme des Kieferrandes herabgesetzt, ebenso Temperatursinn. Passive Bewegungen R nicht wahrgenommen. Das Gefühl für Lage im Raum ist in den untern Extremitäten deutlich herabgesetzt. Haemianaesthesie resp. Hypaesthaesie erstreckt sich auch auf Mund und Rachenschleimhaut.

Verlauf: Keine Besserung.

Am 30. Jan. 1895. arbeitsunfähig entlassen.

Wie wir aus unseren angeführten Krankengeschichten ersehen, hat sich in der grössten Zahl der Fälle die traumatische Neurose bei Männern und Frauen entwickelt, welche

vor dem stattgehabten Trauma ganz gesund, arbeitsfähig und erblich nicht belastet waren. In einer sehr geringen Anzahl von Fällen — es sind deren vier: Fall 4, 27, 35, 43 — waren die Patienten neuropathisch belastet. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um geringfügige Verletzungen, aber dennoch um beträchtliche allgemeine und lokale Erschütterungen.

Charcot's Schule vertritt die Auffassung, dass Hysterie immer eine ererbte Krankheit sei und das Trauma nur die Rolle einer Gelegenheitsursache spiele. Dieser Ansicht stimmt Oppenheim in seinen traumatischen Neurosen nicht bei, indem er sagt:

„Die Neurosen traumatischen Ursprungs entwickeln sich in der Regel bei Personen, die bis dahin gesund sind und in deren Ascendenz Nervenkrankheiten nicht vorgekommen sind, soweit dies festzustellen ist. Wo jedoch neuropathische Grundlage vorhanden ist, bildet dies ein praedisponierendes Moment."

Desgleichen schreibt Richter: „Es würde unsern wissenschaftlichen Anschauungen entgegen sein, trüge erbliche Belastung zum Zustandekommen des Symptomenkomplexes der traumatischen Neurose nichts bei; an dem Auftreten des Teilsymptoms derselben, der Epilepsie, verschuldet sie jedenfalls viel." (Ueber Verlauf traumatischer Neurosen. Berliner Klinik 74, Heft 94.)

Ein weiterer praedisponierender Faktor ist der Alkoholismus. Nach den Erfahrungen Oppenheims schafft auch chronische Intoxication mit metallischen Giften (Blei und Quecksilber) eine Praedisposition.

Um die prägnantesten Symptome zusammenzufassen, welche bei unsern Patienten in die Erscheinung traten, so sind es vor allem Stimmungsanomalien, in vielen Fällen de-

pressive Gemütsstimmung, meist verbunden mit Schlaflosigkeit. Ebenso häufig wie psychische Anomalien waren Störungen der Sensibilität, meist in Form von Anaesthesie oder Hyperaesthesie vorhanden. In einigen Fällen erstreckte sich die Gefühlsstörung mehr oder weniger auf das Muskellagegefühl, in dem die Patienten die Lage ihrer aktiv oder passiv bewegten Glieder nicht beurteilen konnten. Bei einigen Patienten machte sich Abnahme oder Verlust des Geruches, des Geschmackes, Gehörs und Sehvermögens bemerkbar. In 15 Fällen war concentrische Gesichtsfeldeinengung vorhanden. Ferner Gehstörungen, Zittern und Schwindelgefühl. Zu den häufigsten Erscheinungen gehörten Schmerzen an verschiedenen Stellen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schmerzen im Nacken, in die Schulter und Arme ausstrahlend, dann im Kreuz und in den Beinen. Ziemlich häufig war die Erscheinung der erhöhten Pulsfrequenz. entweder permanent oder sie zeigte sich nur anfallsweise bei körperlichen Anstrengungen und Gemütsbewegungen. Ferners motorische Schwäche in den meisten Fällen Steigerung der Sehnenphänomene. Vereinzelt konnte man Erbrechen beobachten.

Eine nicht zu unterschätzende Frage ist wohl die: Liegt Simulation vor oder nicht?

In all den Fällen, die in der Klinik des Herrn Geheimrates Dr. v. Ziemssen vom Jahre 1893—1896 zur Beobachtung waren, konnte nur in 2 Fällen (4,1 %) mit Sicherheit Simulation nachgewiesen werden.

Oppenheim hält dieselbe für sehr selten: „Ich selbst hatte nur in einzelnen Fällen“ schreibt er, „Gelegenheit, einen Simulanten zu entlarven und die Simulation aller Krankheitserscheinungen nachzuweisen, während in fast all' den Fällen, in denen von anderer Seite Simulation angenommen war, durch Beobachtungen in der Nervenklinik der Charitè

die Zeichen einer ausgesprochenen Nervenkrankheit nachgewiesen wurden. In der Zeit vom Juli 1883 bis zum August 1890 kamen 108 Fälle mit der Diagnose: „Traumatische Neurose“ zur Beobachtung, und unter diesen fanden sich 76, die zur Begutachtung dem Krankenhaus zugewiesen waren. In 6 von diesen musste entweder Simulation angenommen, oder es konnte doch das bestehende Leiden nicht mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht werden, und auch in diesen Fällen war keineswegs immer Dolus nachzuweisen.“ (Die traumatischen Neurosen 1892).

Dagegen betont Seeligmüller in seinen Erfahrungen und Gedanken zur Frage der Simulation bei Unfallverletzten (Deutsche Wochenschr. Nr. 30, 43, 44) zunächst die Schwierigkeit und Verantwortlichkeit solcher Untersuchungen und empfiehlt dann die Errichtung eigener Provinzialkrankenhäuser zum Zweck der Behandlung und sichern Beobachtung der Betroffenen und fordert die Erlassung besonderer Bestimmungen im Strafgesetz gegen Simulanten. Sodann erörtert er das keineswegs seltene Vorkommen der Simulation und fasst seine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Eine traumatische Neurose im Sinne Oppenheims gibt es nicht. 2. Ein Arzt, welcher nach dem Schema dieser in Wirklichkeit nicht existierenden Krankheit die Unfallverletzten untersucht und beobachtet, muss notwendigerweise in die Gefahr geraten, von Simulanten betrogen zu werden. 3. Schon bei den jetzt möglichen Gelegenheiten, Unfallverletzte zu untersuchen, stellt sich ein Prozentsatz von 25 bis 30 Simulanten heraus. 4. Die Unfallgesetze müssen abgeändert und der neuen Einrichtung von Unfallskrankenhäusern angepasst werden.

Dazu bemerkt Bertholy: „Die Bestrafung der Simulanten wäre ein zweischneidiges Schwert. Wir sind heute

nicht in der Lage, mit Bestimmtheit Simulation in jedem einzelnen Falle zu bejahen oder zu verneinen. Es wäre für den Kranken hart genug als Simulant erklärt zu werden; zu diesem Unrecht aber noch ein zweites hinzuzufügen, davor müsste jeder gewissenhafte Arzt sich sorgsam hüten. Eine derartige Möglichkeit liegt aber nicht vor. Ich habe in der Litteratur mehrfach Fälle gefunden, wo anfangs auf Simulation erkannt und wo später das wirkliche Vorhandensein der Krankheit festgestellt wurde."

Den Angaben von Schultze mindestens 33% Simulanten, Hoffmann 33%, Seeligmüller 25%, Rump und Mendel mit einer grösseren Anzahl von Simulanten, wenn auch weniger als Hoffmann, stehen die von Oppenheim 4%, Hallenser Klinik 3% von Knapp, Moebius und Benedikt gegenüber. Die letzteren machen keine bestimmten Angaben. Bruns hat in ungefähr 40 Fällen sich dreimal für Simulation erklärt: das sind 7—8%.

„In Uebereinstimmung mit den meisten anderen Nervenärzten," sagt Strümpell in seiner Abhandlung über die traumatischen Neurosen, (Berliner Klinik 188, 3. Heft) „muss ich meine Ueberzeugung dahin aussprechen, dass die Simulation bei derartigen Zuständen keineswegs häufig ist, wie manche Aerzte zu glauben scheinen. Das Krankheitsbild der ausgesprochenen traumatischen Neurose ist ein so eigenartiges und charakteristisches, dass ich kaum verstehen würde, wie es überhaupt simuliert werden kann. Dass Simulation gerade auch aus Anlass von Körperverletzungen vorkommt, versteht sich von selbst, ebenso, dass es manchmal recht schwierig sein kann, dieselben von wirklichen Krankheitszuständen zu unterscheiden. Besonders häufig besteht aber diese Schwierigkeit nach meinen Erfahrungen keineswegs. Insbesondere bei einer längeren Spitalbehandlung ist es fast immer leicht, ein meines Erachtens durchaus sicheres Urteil abzugeben." —